ISSN 1188-4169

Canada Communicable Disease Report

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Date of Publication: 1 January 2000 **Vol. 26-01** Date de publication : 1er janvier 2000

Contained in this issue:

Influenza Surveillance and Dissemination of Information to Health Professionals and the General Public in the Province of Quebec 1
Notifiable Diseases Summary 6

Contenu du présent numéro :

Surveillance de l'influenza et information du public et des professionnels de la santé au Québec 1
Sommaire des maladies à déclaration obligatoire 6

INFLUENZA SURVEILLANCE AND DISSEMINATION OF INFORMATION TO HEALTH PROFESSIONALS AND THE GENERAL PUBLIC IN THE PROVINCE OF QUEBEC

Introduction

In the summer of 1996, the *ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec* – in the province of Quebec – initiated an epidemiologic surveillance program for influenza. At the same time, the cable TV chain, *MétéoMédia*, offered to televise an Influenza Activity Index (IAI) on the probability of contracting the infection during the winter. A working group was formed of Quebec health professionals with an interest and expertise in influenza surveillance and the promotion of immunization, along with a *MétéoMédia* representative. At the outset, it was evident that the general public would not be as interested as the health professionals in the epidemiologic details. However, regularly transmitted detailed epidemiologic information would be of particular interest to those involved in the management of provincial surveillance and immunization programs. Therefore, televising the IAI would only make sense in the context of a program on health education, targeting influenza and promoting the use of the vaccine.

The result was a unique experience, beginning during the winter of 1996-1997 and continuing, with improvements, for 2 more years. The purpose of this article is to describe the surveillance and information dissemination program and the results of its evaluation following the 1998-1999 influenza season.

Influenza surveillance

Laboratory tests

In the province of Quebec, a limited number of hospital laboratories carry out diagnoses of influenza virus infections. Only six participated in the surveillance network in 1990-1991 and 16 in 1998-1999. The Quebec Public Health Laboratory combines weekly data on the number of positive tests for influenza A and influenza B (including, since 1997, the total number of tests carried out) from participating laboratories. Until 1994, only viral cultures were used for diagnoses. Since then, the use of antigen detection tests is more common.

SURVEILLANCE DE L'INFLUENZA ET INFORMATION DU PUBLIC ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ AU QUÉBEC

Introduction

Durant l'été 1996, un programme de surveillance épidémiologique de l'influenza a été mis sur pied par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Au même moment, une proposition a été faite par la chaîne de télévision MétéoMédia, pour diffuser un indice d'activité grippale représentant le risque de contracter l'infection durant l'hiver. Un groupe de travail a donc été constitué, réunissant des professionnels du réseau de la santé québécois ayant un intérêt et une expertise dans les domaines de la surveillance épidémiologique de l'influenza et de la promotion de l'immunisation, ainsi qu'un représentant de MétéoMédia. Dès le départ, il est apparu que l'épidémiologie de l'influenza intéressait davantage les professionnels de la santé que le grand public. En effet, des informations épidémiologiques détaillées et transmises de façon régulière pourraient motiver les personnes intéressées à la gestion des programmes provinciaux de surveillance et d'immunisation. Par ailleurs, la télédiffusion d'un indice d'activité grippale n'aurait de sens que si cela s'inscrivait dans un programme d'éducation sanitaire sur l'influenza et de promotion du vaccin.

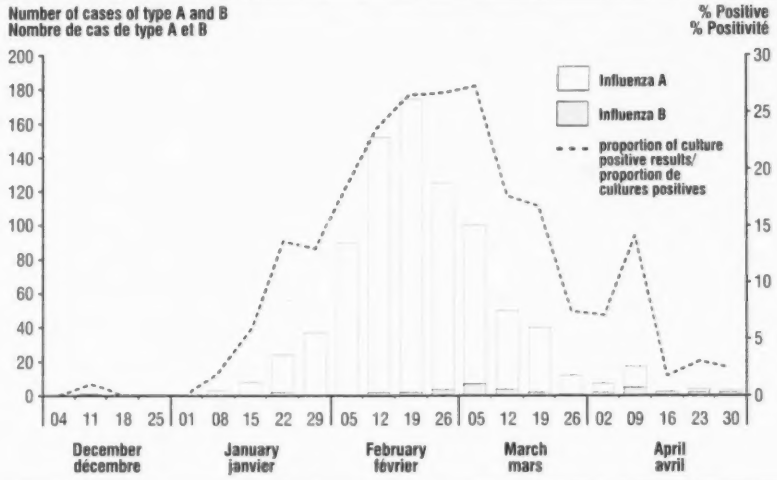
Il en est résulté une expérience tout à fait originale qui a débuté au cours de l'hiver 1996-1997 et s'est poursuivie, avec des améliorations, au cours des 2 années suivantes. L'article a pour objectif de présenter le programme de surveillance et d'information, ainsi que les résultats des évaluations qui ont été réalisées à la fin de la saison 1998-1999.

Surveillance de l'influenza

Examens de laboratoire

Au Québec, le diagnostic d'infection par le virus de l'influenza se fait dans un nombre restreint de laboratoires d'hôpitaux : six laboratoires participaient au réseau de surveillance en 1990-1991 et 16, en 1998-1999. Le Laboratoire de santé publique du Québec collige, de façon hebdomadaire, les données concernant le nombre d'examens positifs pour l'influenza A et l'influenza B (incluant, depuis 1997, le nombre total d'examens réalisés) auprès des laboratoires participants. Jusqu'en 1994, les diagnostics étaient exclusivement posés par culture virale. Depuis, les tests de détection antigénique se sont progressivement répandus.

Figure 1: Weekly number and proportion of culture positive results for influenza A and influenza B, Quebec, 1998-1999 season / Nombre hebdomadaire et proportion de cultures positives pour l'influenza A et l'influenza B, Québec, saison 1998-1999



During the season, ending 30 June 1999, a total of 855 positive tests was reported (814 influenza A, 41 influenza B); 361 were tested by culture (333 influenza A, 28 influenza B), 275 by immunofluorescence (262 influenza A, 13 influenza B), and 219 by the immunoenzyme method (all influenza A). Figure 1 presents the surveillance data for the period beginning 28 November 1998 (week 48) and ending 30 April 1999 (week 17). Influenza A virus began spreading during week 1 of 1999. The maximum number of positive test results were observed during week 7 and activity was maintained at this low level until the end of April. The spread of the influenza B virus in early February 1999 was not extensive. The statistical curve of the absolute number of positive tests conforms to the statistical curve of the proportion of culture positive results – the only difference being the slightly rounder aspect of the latter.

Calls to Info-Santé

The network of *Centres locaux de services communautaires* (CLSC) has set up a telephone service (Info-Santé) to answer health questions. Calls are made during the whole week. However, calls made on Sundays are used for surveillance; these calls are centralized and limited to fewer sites. Calls are encoded; a specific code is assigned to influenza-like illness, characterized by sudden onset of fever and coughing[1]. Figure 2 presents statistics on the percentage of calls, received by 18 participating telephone exchanges, related to influenza symptoms during the 1998-1999 influenza season. During the period prior to the appearance of influenza, the number of calls was low (< 2%). The first time calls increased was during week 4 of 1999. A peak was reached during week 6, which was 1 week before the peak of positive laboratory test results. Due to lower specificity and positive predictive values of clinical diagnoses, the IAI appeared to be less sensitive to change than the two virologic indicators (the absolute number of positive cultures and the proportion of positive diagnostic tests)[1].

Centres locaux de services communautaires – patient visits

The CLSCs of the Quebec City region put a surveillance system into effect in 1998. Every Monday, nursing personnel of participating centres recorded the number of patient visits due to influenza-like illness. The case definition was identical to that of Info-Santé[1]. The number of visits for the 1998-1999 season (per 1,000 patient visits for all purposes) involved seven of the nine CLSCs in the region for a total of 13 out-patient clinics (Figure 2). The increase of patient visits

Durant la saison se terminant le 30 juin 1999, on a comptabilisé un total de 855 examens positifs (814 pour l'influenza A et 41 pour l'influenza B), dont 361 par culture (333 A et 28 B), 275 par test d'immunofluorescence (262 A et 13 B) et 219 par test immunoenzymatique (tous A). Les données de surveillance sont présentées dans la figure 1, pour la période débutant le 28 novembre 1998 (semaine 48) et se terminant le 30 avril 1999 (semaine 17). La circulation du virus A a débuté durant la première semaine de l'année 1999. Le nombre maximal d'examens positifs a été observé durant la semaine 7, et l'activité s'est maintenue à ce bas niveau jusqu'à la fin du mois d'avril. Une faible circulation du virus B a été observée à partir du mois de février 1999. Le profil de la statistique relative au nombre absolu d'examens positifs est très concordant avec celui de la statistique relative à la proportion de cultures positives, la seule différence notable étant l'aspect plus arrondi de cette dernière courbe.

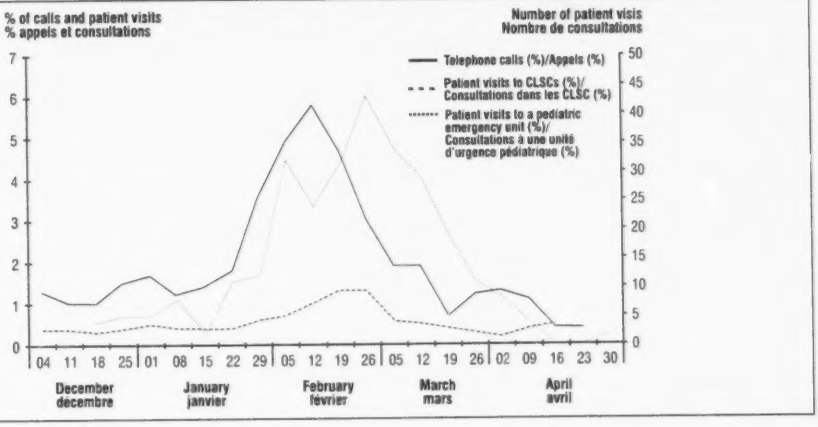
Appels à Info-Santé

Le réseau des Centres locaux de services communautaires (CLSC) a mis sur pied un service téléphonique pour répondre aux questions de santé (Info-Santé) tous les jours de la semaine. Le dimanche, les appels sont centralisés dans un nombre restreint de sites et tous les motifs sont encodés à des fins de surveillance. Un code particulier a été attribué au syndrome grippal, caractérisé par un début brusque de la fièvre et de la toux[1]. La statistique concernant la proportion (%) d'appels reçus pour le syndrome grippal dans 18 centrales téléphoniques participantes au cours de la saison 1998-1999 est présentée dans la figure 2. Durant la période précédant l'apparition du virus de l'influenza, la proportion s'est maintenue en dessous de 2 %, et cette valeur a été dépassée pour la première fois durant la semaine 4 de 1999. Un pic a été atteint durant la semaine 6, soit une semaine avant le pic des examens de laboratoire positifs. Il apparaît que l'indice d'activité grippale est moins sensible au changement que les deux indicateurs virologiques (le nombre absolu de cultures positives et la proportion d'examens diagnostiques positifs), conséquence des faibles spécificité et valeurs prédictives positives du diagnostic clinique [1].

Consultations dans les CLSC

Un système de surveillance a été mis sur pied en 1998 dans les CLSC de la région de Québec. Chaque lundi, un enregistrement du nombre de consultations pour le syndrome grippal est fait par le personnel infirmier des services médicaux courants. La définition de cas est la même que dans le réseau Info-Santé[1]. Les résultats de la saison 1998-1999 (/1 000 consultations pour toutes les causes) concernent sept des neuf CLSC de la région, représentant un total de 13 points de service (figure 2). L'excès de

Figure 2: Percentages of calls to Info-Santé, and patient visits to CLSCs in the Quebec region and to a pediatric emergency unit in Montreal / Pourcentages d'appels à Info-Santé, et consultations dans le CLSC de la région de Québec et à une unité d'urgence pédiatrique à Montréal


% of calls and patient visits
% appels et consultations
Number of patient visis
Nombre de consultations
Telephone calls (%)/Appels (%)
Patient visits to CLSCs (%)/ Consultations dans les CLSC (%)
Patient visits to a pediatric emergency unit (%)/ Consultations à une unité d'urgence pédiatrique (%)
0 1 2 3 4 5 6 7
0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50
04 11 18 25 01 08 15 22 29 05 12 19 26 05 12 19 26 02 09 16 23 30
December décembre
January janvier
February février
March mars
April avril

during the time the number of laboratory confirmations were increasing is evident. However, the number of visits per 1,000 is not very sensitive to change as evidenced by the fact that the maximum level (14/1,000) is only three times higher than the base level (4/1,000).

Pediatric emergency visits

The *Hôpital Sainte-Justine*, Montreal, is the largest pediatric hospital in the province and its emergency department is very busy. Computerized recordings of diagnostic results for emergency patients have been in place for a number of years and a specific code has been assigned to register any influenza-like illness, however without case definitions. Statistics on the number of diagnosed cases per week are calculated periodically and forwarded to the working group (Figure 2). Any increase in the number of visits to emergency within a period of 2 weeks following the peak number of calls to *Info-Santé* is readily apparent. When interpreting the time-lags between the five indices (Figure 1 and Figure 2), regional variations in influenza epidemiology must be taken into account as well as the fact that the Montreal-Centre population is overrepresented in the laboratories that participate in the surveillance and in emergency visits to the *Hôpital Sainte-Justine*.

Interpretation of data

During the winter season (beginning in November and ending in April) members of the working group met via conference calls to interpret the epidemiologic situation in Quebec and to determine the IAI level. During the first year, 1996-1997, the IAI level was determined on the basis of the weekly number of culture positive results for influenza recorded throughout the province and by using the distribution of the IAI levels of the six preceding seasons as a reference. Subsequently, the determination of the IAI took into account a rising tendency to use viral cultures and other available information.

During the 1998-1999 season, a repetitive method was used. First, the IAI level was determined according to the number of culture positive results and based on a five-level scale (no activity, weak activity, moderate activity, high activity, or very high activity) and a three-level sub-scale for each of the three intermediary levels. Then, the other virological and clinical indicators were evaluated in sequential order according to their evolution from the beginning of the season. This was to determine the pertinence of changing the activity level that had been initially determined. Finally, based on information from the World Health Organization, the United States Centers for

consultations pour le syndrome grippal durant la période où le nombre de confirmations en laboratoire augmentait est bien perceptible. Toutefois, la sensibilité au changement de cet indicateur est relativement faible, la valeur maximale (14/1 000) n'étant que trois fois plus grande que le niveau de base (4/1 000).

Consultations à l'urgence pédiatrique

L'Hôpital Sainte-Justine de Montréal est le plus grand des hôpitaux pédiatriques de la province, et son service d'urgence est très achalandé. Un enregistrement informatisé des diagnostics posés chez les patients vus à l'urgence est en place depuis plusieurs années, et un code spécifique est assigné au syndrome grippal (sans définition de cas, toutefois). Des statistiques sur le nombre de cas diagnostiqués chaque semaine sont établies périodiquement et transmises au groupe de travail (figure 2). On peut observer un pic très marqué de consultations à l'urgence et un décalage de 2 semaines par rapport au pic d'appels à Info-Santé. Dans l'interprétation des décalages entre les cinq indices (figure 1 et figure 2), il faut tenir compte des variations régionales dans l'épidémiologie de l'influenza et du fait que la population de Montréal-Centre est surreprésentée dans les laboratoires qui participent à la surveillance et dans les visites à l'urgence de l'Hôpital Sainte-Justine.

Interprétation des données

Durant la saison hivernale débutant en novembre et se terminant en avril, une conférence téléphonique réunissait chaque jeudi des membres du groupe de travail pour interpréter la situation épidémiologique au Québec et déterminer la valeur de l'indice de l'activité grippale. Durant la première année, soit 1996-1997, l'indice d'activité a été déterminé sur la base du nombre hebdomadaire de cultures positives pour l'influenza dans l'ensemble de la province, en prenant comme référence la distribution des valeurs de l'indice durant les six saisons précédentes. Par la suite, la détermination de l'indice s'est raffinée pour tenir compte d'une tendance à la hausse dans l'utilisation des cultures virales et des autres informations disponibles.

Durant la saison 1998-1999, une procédure itérative a été utilisée. En premier lieu, la valeur de l'indice était déterminée en fonction du nombre de cultures positives et sur une échelle à cinq niveaux (activité nulle, faible, modérée, élevée ou très élevée) et trois sous-niveaux pour chacun des trois niveaux intermédiaires. Par la suite, les autres indicateurs virologiques et cliniques étaient évalués de façon séquentielle, en fonction de leur évolution depuis le début de la saison, pour voir s'il convenait de modifier le niveau d'activité fixé initialement. Finalement, la situation québécoise était mise en contexte, à la lumière des informations diffusées par l'OMS, les CDC et Santé Canada, sur leur site Internet respectif. Un résumé de la situation était rédigé

Disease Control, and Health Canada Internet sites, the Quebec situation was placed in context. A situation report was prepared and the final IAI level was determined along with the upward, downward, or stationary trend and defining the decision criteria. All the information was entered into an electronic data base and will be used as a basis for decision making in the future.

Dissemination of information

To health professionals

Every 2 weeks, a news bulletin – on the current epidemiology of influenza in Quebec, in Canada, and throughout the world – was published for health professionals who participated in the influenza surveillance network and in the management of the immunization program, mainly in hospital laboratories, CLSCs, and regional health directorates. Occasionally, information was published on the use of vaccines and the control of outbreaks in closed communities. In 1998-1999, the bulletin, called *Flash-Grippe*, was faxed to 374 recipients via *MétéoMédia* thanks to the financial assistance of a sponsor whose name appeared in the bulletin.

At the end of the 1998-1999 season, *MétéoMédia* undertook a survey to which 102 people responded (a rate of 27%). The majority of respondents (96%) indicated they were satisfied or highly satisfied with the bulletin. The usefulness of the bulletin seems to have increased over time; 86% of respondents at that time considered the information useful or very useful, compared to 83% in 1997-1998 and 77% in 1996-1997. According to 55% of respondents in 1999, the bulletin was seen by as many as five individuals, and 19% indicated that it was seen by six to 10 individuals, thus showing high interest.

To the general public

Every Thursday, from December to April, the IAI level was transmitted to MétéoMédia, with a commentary describing the

et la valeur finale de l'indice était déterminée, de même que la tendance (à la hausse, à la baisse ou stationnaire), avec une explicitation des critères décisionnels. Toutes ces informations ont été consignées dans une base de données informatisées qui servira d'aide à la prise de décisions dans le futur.

Diffusion des informations

Professionnels de la santé

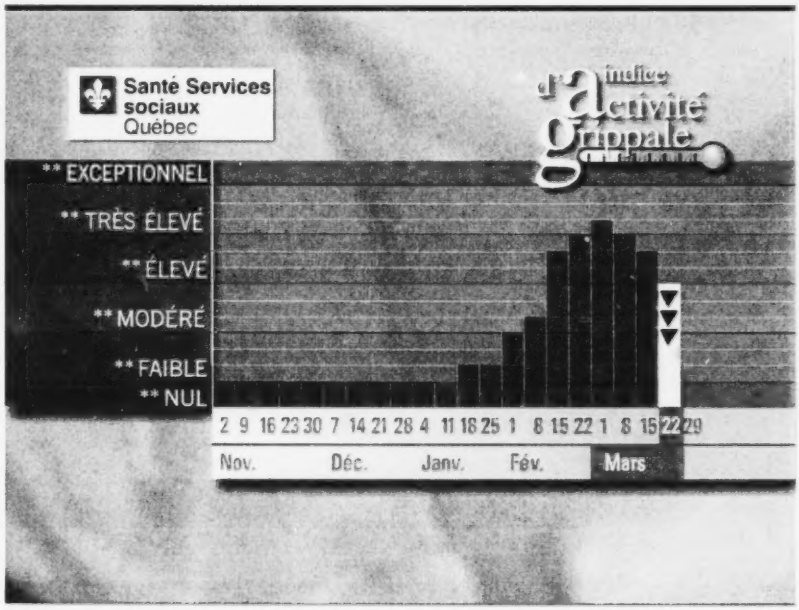
Toutes les deux semaines, un bulletin d'information sur l'épidémiologie de l'influenza au Québec, au Canada et dans le monde est préparé à l'intention des professionnels de la santé qui participent au réseau de surveillance de l'influenza et à la gestion du programme d'immunisation, principalement dans les laboratoires des hôpitaux, les CLSC et les directions régionales de la santé publique. À l'occasion, des informations pratiques ont été transmises sur l'utilisation des vaccins et le contrôle des éclosions en milieu fermé. En 1998-1999, ce bulletin, appelé *Flash-Grippe*, a été envoyé par télécopieur à un total de 374 destinataires, via MétéoMédia et grâce au soutien financier d'un commanditaire dont le nom apparaissait sur le bulletin.

Un sondage a été réalisé par MétéoMédia à la fin de la saison 1998-1999 et 102 personnes ont répondu, ce qui représente un taux de 27 %. La grande majorité des répondants (96 %) disaient être satisfaits ou très satisfaits du *Flash-Grippe*. L'utilité de ce bulletin semble augmenter au fil des ans; 86 % des répondants jugeaient l'information utile ou très utile, contre 83 % en 1997-1998 et 77 % en 1996-1997. Le bulletin épidémiologique était consulté par un groupe d'au plus cinq personnes chez 55 % des répondants, et par un groupe de six à dix personnes chez 19 % des répondants, ce qui témoigne de l'intérêt du bulletin.

Grand public

Chaque jeudi, de décembre à avril, la valeur de l'indice d'activité grippale était transmise à la chaîne spécialisée MétéoMédia, avec un commentaire

Figure 3: The Influenza Activity Index as televised by MétéoMédia / L'Indice d'activité grippale tel que télévisé par MétéoMédia


Santé Services sociaux Québec
indice d'activité grippale
** EXCEPTIONNEL
** TRÈS ÉLEVÉ
** ÉLEVÉ
** MODÉRÉ
** FAIBLE
** NUL
2 9 16 23 30 7 14 21 28 4 11 18 25 1 8 15 22 1 8 15 22 29
Nov. Déc. Janv. Fév. Mars

*** Indice d'activité grippale = Influenza Activity Index**
**** Exceptionnel = Exceptional; Très élevé = Very high; Élevé = High; Modéré = Moderate; Faible = Low; Nul = None**

epidemiologic situation and reminding people of the advantages of immunization and the importance of basic hygiene to prevent contamination. The following week, it was televised (Figure 3) with off-camera commentary. The broadcast was approximately 20 seconds in length and was repeated once every hour for 18 hours a day.

In addition, the IAI was incorporated into an educational and promotional campaign. A series of "information messages" on influenza virus infections and their prevention was prepared in cooperation with health professionals and well-known personalities. These information messages, lasting 1 minute, were presented alternately at least once per hour, especially toward the end of autumn and the beginning of winter. All messages dealing with influenza – IAIs and the information messages – were accompanied by advertisements for on-the-shelf medications or health products for respiratory infections.

To evaluate the impact of the information transmitted by *MétéoMédia*, a survey was undertaken during the winter of 1998-1999. This survey targeted 300 individuals aged ≥ 65 years (median age: 72 years) in public venues of the city of Sherbrooke[2]. A large proportion (45.9%) had finished primary school only, 48.1% had been to high school or trade school, and 6.0% had attended college or university. The majority of respondants (82.0%) had access to cable TV and 69.0% watched *MétéoMédia* programs. The median viewing time was 23 minutes per week, ranging from a minimum of 5 minutes to a maximum of 49 hours, thus averaging 7 hours per day. Of the 207 individuals who watched *MétéoMédia*, only 33.8% recalled having seen any messages concerning influenza. Among the group of 70 who recalled having viewed the information campaign, 92.8% said that they were not influenced as to their decisions about vaccination. Only five individuals (7.2%) said that they had been influenced by the televised messages.

A number of factors appear to have contributed to the poor results of the information campaign. First, the messages may have been too complex for the level of education of the majority of viewers. The IAI – which represents the extent of morbidity associated with the spread of the influenza virus in a population – is a relatively abstract concept and its meaning is not readily apparent. All of the information touched on biological or medical subjects and was presented by individuals with a university education who used unfamiliar terminology.

During one part of the winter, the frequency of messages was relatively high (a presentation of the IAI accompanied by an information message every hour) but of short duration (1 minute and 20 seconds per hour in all). With a median viewing time of 23 minutes per week, the exposure of viewers to themessages was therefore reduced and could explain the lack of retention. Viewers who tune in to *MétéoMédia* likely do so in order to get weather information and their attention is likely to fade once another subject is touched upon. It is also likely that the messages on influenza were indistinguishable from the advertising messages which accompanied them.

Thanks to the monitoring of virologic and clinical indicators, the epidemiologic surveillance of influenza in Quebec is relatively thorough. More specific indicators of the seriousness of an infection and the effects of complications leading to hospitalization and death are still required. The *ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*, in partnership with the private sector, is using innovative methods to regularly present the epidemiologic situation to health-care professionals and to the general public. Various evaluations have indicated a high level of satisfaction among professionals. However, the epidemiologic data and messages presented via *MétéoMédia* do not seem to be well-known among viewers ≥ 65 years of age. We should question the manner in which the campaign was targeted, carried out, and programmed. Changes should be made as to content and format, the length of the messages, and their integration into regular programming, including advertising.

Continued on page 8

décrivant la situation épidémiologique et rappelant l'utilité de la vaccination et des mesures générales d'hygiène pour prévenir la contagion. La semaine suivante, le tout était diffusé (figure 3) avec le commentaire hors champ. Cette diffusion, d'une durée d'environ 20 secondes, était faite une fois par heure, 18 heures par jour.

Pour inscrire cet indice dans une campagne d'éducation et de promotion, une série de capsules d'information sur les infections par le virus de l'influenza et leur prévention ont été réalisées, avec la collaboration de professionnels du réseau de la santé et de personnalités bien connues du public. D'une durée d'une minute, elles étaient présentées, en alternance, au moins une fois par heure, surtout à la fin de l'automne et au début de l'hiver. Tous les messages relatifs à la grippe, tant l'indice d'activité que les capsules d'information, étaient accompagnés d'annonces publicitaires pour des médicaments en vente libre ou des produits d'hygiène ayant un lien avec les infections respiratoires.

Afin d'évaluer l'impact des informations diffusées par MétéoMédia, une enquête a été réalisée durant l'hiver 1998-1999 auprès de 300 personnes âgées de ≥ 65 ans (âge médian = 72 ans), rencontrées dans des endroits publics de la ville de Sherbrooke[2]. Une forte proportion (45,9 %) de ces personnes n'avaient pas dépassé le niveau d'enseignement primaire, 48,1 % avaient suivi un cours secondaire ou spécialisé et 6,0 % avaient atteint le niveau collégial ou universitaire. La majorité des répondants (82,0 %) avaient une télévision reliée au câble et 69,0 % regardaient la chaîne MétéoMédia. Le temps d'écoute médian était de 23 minutes par semaine, avec des valeurs extrêmes de 5 minutes et de 49 heures, soit 7 heures en moyenne par jour. Sur les 207 personnes qui regardaient MétéoMédia, seulement 33,8 % se rappelaient avoir vu les messages concernant la grippe. Dans le groupe de 70 personnes se rappelant la campagne de promotion, 92,8 % disaient ne pas avoir été influencées dans leur décision de se faire vacciner. Seulement cinq personnes (7,2 %) avouaient avoir été influencées par les messages télédiffusés.

Plusieurs raisons peuvent être avancées pour expliquer la faible notoriété de la campagne d'information. Tout d'abord, il se pourrait que les messages soient beaucoup trop complexes pour des téléspectateurs dont le niveau d'instruction est relativement faible. L'indice d'activité grippale, qui témoigne de l'ampleur de la morbidité associée à la circulation du virus de l'influenza dans la population, est un construit relativement abstrait et sa signification n'est pas évidente. Toutes les capsules d'information abordent des thèmes biologiques ou médicaux, qui sont présentés par des personnes de niveau universitaire, en des termes qui ne sont pas ceux du langage populaire.

Durant une partie de la saison hivernale, la fréquence des messages télédiffusés concernant l'influenza était relativement élevée (une présentation de l'indice et une capsule par heure), mais ils étaient très brefs (au total 1 minute et 20 secondes par heure). Avec une durée d'écoute médiane de 23 minutes par semaine, l'exposition des téléspectateurs était nécessairement réduite et cela pourrait expliquer la faible mémorisation des messages. Le téléspectateur qui regarde la chaîne MétéoMédia le fait très probablement pour entendre des informations météorologiques et son attention pourrait se dissiper dès qu'un autre sujet est abordé. Il est également possible que les messages d'information sur l'influenza ne soient pas distingués des publicités qui les accompagnent.

Grâce au monitorage d'indicateurs virologiques et cliniques, la surveillance épidémiologique de l'influenza au Québec est relativement complète. Il manque encore des indicateurs qui permettraient de mieux préciser la gravité des infections et l'incidence des complications entraînant des hospitalisations et des décès. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a, en collaboration avec le secteur privé, mis en oeuvre des moyens originaux de présenter la situation épidémiologique, de façon régulière, aux professionnels du réseau de la santé et au grand public. Les résultats des évaluations indiquent un haut niveau de satisfaction chez les professionnels. Par contre, les données épidémiologiques et les messages d'information et de promotion diffusés par la chaîne câblée MétéoMédia ne jouissent pas d'une grande notoriété auprès des personnes âgées de ≥ 65 ans. Il y aurait lieu de s'interroger sur la façon dont la campagne est ciblée, réalisée et programmée, et il faudrait probablement introduire des changements dans le contenu et la forme des messages, leur durée et leur intégration dans la programmation de la chaîne, incluant les annonces publicitaires.

Suite à la page 8

HEALTH CANADA - SANTE CANADA

Notifiable Diseases Summary (Preliminary) - Sommaire des maladies à déclaration obligatoire (Provisoire)
New Cases Reported from 1 July to 30 September 1999 - Nouveaux cas déclarés du 1 juillet au 30 septembre 1999

Disease / Maladie	ICD-9 / CIM-9	Canada†			Newfoundland / Terre-Neuve			Prince Edward Island / Île-du-Prince-Édouard			Nova Scotia / Nouvelle-Écosse			New Brunswick / Nouveau-Brunswick			Quebec / Québec			Ontario		
		J-S J-S	Cum. 99	Cum. 98	J-S J-S	Cum. 99	Cum. 98	J-S J-S	Cum. 99	Cum. 98	J-S J-S	Cum. 99	Cum. 98	J-S J-S	Cum. 99	Cum. 98	J-S J-S	Cum. 99	Cum. 98	J-S J-S	Cum. 99	Cum. 98
AIDS - Sida	042-044	-	-	105	-	-	1	-	-	-	-	-	5	-	-	1	-	-	37	-	-	41
Amoebiasis - Amibiase	006	289	873	969	-	1	-	-	1	2	4	11	19	-	-	-	61	171	163	130	389	430
Botulism - Botulisme	005.1	2	2	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	1	1	1
Brucellosis - Brucellose	023	4	8	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1	5
Campylobacteriosis - Campylobactériose	008.41	3317	7872	9629	37	79	174	10	23	36	56	130	175	61	142	223	901	2103	2506	1124	2594	3299
Chancroid - Chancre mou	099.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chickenpox - Varicelle	052	1660	5360	25698	134	481	382	-	-	-	-	17	21	-	2	1	-	-	-	-	-	18653
Chlamydia genital - Chlamydiose génitale	099.81*	8233	25327	22533	101	266	282	24	96	112	325	1010	915	257	746	700	1853	5572	5340	2226	7297	6573
Cholera - Choléra	001	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Diphtheria - Diphtérie	032	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Giardiasis - Giardiase	007.1	1256	3329	3187	14	47	38	6	12	5	21	58	68	28	78	58	307	780	725	414	1047	1026
Gonococcal Infections - Infections gonococciques (1)	098	1112	3177	3040	1	1	2	-	-	1	15	54	67	7	10	15	149	449	338	414	1124	1153
Gonococcal Opthalmia neonatorum - Ophtalmie gonococcique du nouveau-né	098.4	-	-	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	14
Haemophilus influenzae B (all invasive) - (invasive) à H. Influenzae B (2)	320.0,038.41*	7	28	34	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	11	14	-	3	4
Hepatitis A - Hépatite A	070.0,070.1	217	614	758	-	1	2	1	1	1	4	9	8	3	3	3	58	114	159	68	163	179
Hepatitis B - Hépatite B	070.2,070.3	451	1333	1000	1	2	1	2	3	-	10	36	30	4	11	6	250	639	272	14	56	48
Hepatitis C - Hépatite C		3829	12404	12344	15	25	29	5	21	16	76	246	289	30	117	134	837	2288	2423	805	2959	3571
Hepatitis non-A, non-B - Hépatite non-A, non-B		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Legionellosis - Legionellose	482.41	18	41	59	-	-	-	-	-	1	-	2	3	-	-	2	5	9	19	10	18	28
Leprosy - Lèpre	030	1	2	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Listeriosis (all types) - Listériose (tous genres)	027.0,771.22*	13	29	31	1	2	1	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	6	11	23
Malaria - Paludisme	084	102	228	240	-	-	-	-	-	-	1	3	1	3	5	2	40	72	91	38	87	81
Measles - Rougeole	055	10	18	13	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2	3	2	1	1	5
Meningitis, pneumococcal - Méningite à pneumocoques	320.1	23	38	30	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Meningitis, other bacterial - Autres méningites bactériennes (3,4)		15	40	38	-	-	3	-	-	-	-	1	1	-	2	1	-	-	-	-	-	9
Meningitis/Encephalitis viral - Méningite/encéphalite virale (5)		149	200	343	-	-	-	4	4	1	-	1	3	5	5	2	106	113	37	-	-	1
Meningococcal Infections - Infections à méningocoques	036	24	136	94	2	8	1	-	-	1	-	2	2	-	4	2	4	29	30	12	58	33
Mumps - Oreillons	072	18	56	74	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	1	1	4	7	6	21	24
Paratyphoid - Paratyphoïde	002.1-002.9	6	14	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	4	4	1	6	5
Pertussis - Coqueluche	033	1565	4095	4294	45	114	35	3	10	13	17	31	39	56	82	176	426	1107	2444	262	780	648
Plague - Peste	020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Poliomyelitis - Poliomyélite	045	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rabies - Rage	071	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rubella - Rubéole	056	2	19	62	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-	3	13
Congenital Rubella - Rubéole congénitale	771.0	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Salmonellosis - Salmonellose (6)	003	1670	3891	4633	34	66	149	13	36	29	64	121	146	51	104	115	381	821	962	579	1427	2024
Shigellosis - Shigellose	004	259	798	985	-	-	-	-	-	-	1	6	7	1	7	11	65	169	245	49	159	253
Syphilis, Congenital - Syphilis, congénitale	090	-	2	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Syphilis, Early Latent - Syphilis, latente récente	092	2	6	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	6	2
Syphilis, Early Symptomatic - Syphilis, symptomatique récente	091	3	39	117	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	1	2	-	2	10	3
Syphilis, Other - Autres syphilis	090,092-097	116	216	175	-	-	-	-	-	-	-	2	6	-	2	4	2	9	31	74	143	112
Tetanus - Tétanos	037	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1
Trichinosis - Trichinose	124	2	7	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Tuberculosis - Tuberculose	010-018	208	586	597	4	6	4	-	-	-	-	-	3	-	-	-	66	175	163	44	177	174
Typhoid - Typhoïde	002.0	10	30	40	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	5	14	6	19	21
Verotoxigenic E. coli - E. coli vérotoxigènes	008.01*	562	958	1023	2	7	4	9	11	11	18	24	70	12	24	30	232	345	328	135	231	251
Yellow Fever - Fièvre jaune	060	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

(1) Includes all 098 categories except 098.4.
(2) Includes buccal cellulitis or epiglottitis 464.3 in a child < 5 years with no other causative organisms isolated.
(3) Includes encephalitis.
(4) All other categories except Haemophilus 320.0, Listeriosis 027.0 Meningococcal 036, Pneumococcal 320.1 and Tuberculosis 013.0.
(5) All categories except Measles 055, Mumps 072, Poliomyelitis 045, Rubella 056 and Yellow Fever 060.
(6) Excludes Typhoid 002.0 and Paratyphoid 002.1 to 002.9.
* ICD-9 codes used in the list may be incomplete. All 5 digit codes are unofficial and are for LCDC surveillance purposes only.

† May not represent national total if data from the provinces are incomplete.

(1) Comprend toutes les rubriques 098, sauf 098,4.
(2) Comprend cellulite buccale ou épiglottite 464,3 chez un enfant < 5 ans chez qui aucun autre microorganisme causal n'a été isolé.
(3) Comprend encéphalite.
(4) Toutes les autres rubriques sauf à Haemophilus 320,0, listériose 027,0, à méningocoques 036, à pneumocoques 320,1 et tuberculeux 013,0.
(5) Toutes les rubriques, sauf rougeole 055, oreillons 072, poliomyélite 045, rubéole 056 et fièvre jaune 060.
(6) Sauf typhoïde 002,0 et paratyphoïde 002,1 à 002,9.
* Les codes de la CIM-9 figurant dans la liste ne sont peut-être pas complets. Quant aux codes à 5 chiffres, ils ne sont pas officiels, ayant été établis uniquement aux fins de la surveillance du LLCM.
† Il se peut que ce chiffre ne représente pas le total national si les données provenant des des provinces sont incomplètes.

Notifiable Diseases Summary (Preliminary) (Concluded) - Sommaire des maladies à déclaration obligatoire (provisoire) (fin)

New Cases Reported from 1 July to 30 September 1999 - Nouveaux cas déclarés du 1 juillet au 30 septembre 1999

Disease / Maladie	ICD-9 / CIM-9	Manitoba			Saskatchewan			Alberta			British Columbia / Colombie-Britannique			Yukon			Northwest Territories / Territoires du Nord-ouest			Nunavut		
		J-S	Cum.	Cum.	J-S	Cum.	Cum.	J-S	Cum.	Cum.	J-S	Cum.	Cum.	J-S	Cum.	Cum.	J-S+	Cum.	Cum.	J-S	Cum.	Cum.
		J-S	99	98	J-S	99	98	J-S	99	98	J-S	99	98	J-S	99	98	J-S+	99	98	J-S	99+	98
AIDS - Sida	042-044	-	-	5	-	-	-	-	-	1	-	-	14	-	-	-	-	-	-	-	-	
Amoebiasis - Amibiase	006	7	31	39	2	12	37	11	22	33	74	234	241	-	-	2	-	1	3	-	-	
Botulism - Botulisme	005.1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	
Brucellosis - Brucellose	023	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	2	4	
Campylobacteriosis - Campylobactériose	008.41	85	165	179	72	243	201	337	733	861	631	1650	1958	-	5	6	3	5	11	-	-	
Chancroid - Chancre mou	0099.0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Chickenpox - Varicelle	052	-	-	-	-	-	-	1398	4500	6105	-	-	-	-	20	66	64	210	470	64	130	
Chlamydia genital - Chlamydiose génitale	099.81*	716	2182	2181	675	1974	1754	449	2604	3723	1243	2573	-	-	77	134	130	462	819	234	468	
Cholera - Choléra	001	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Diphtheria - Diphtérie	032	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Giardiasis - Giardiase	007.1	52	128	127	42	180	173	136	328	262	233	656	683	-	4	10	2	5	12	1	6	
Gonococcal Infections - Infections gonococciques (1)	098	101	235	325	75	226	255	49	266	335	247	648	431	-	9	5	18	89	113	36	66	
Gonococcal Ophthalmia neonatorum - Ophtalmie gonococcique du nouveau-né	098.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Haemophilus influenzae B (all invasive) - (invasive) à H. influenzae B (2)	320.0,038.41*	-	2	1	4	10	8	-	1	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Hepatitis A - Hépatite A	070.0,070.1	3	12	29	8	23	26	14	47	59	58	241	286	-	-	1	-	-	5	-	-	
Hepatitis B - Hépatite B	070.2,070.3	2	15	12	12	33	44	17	45	56	139	493	524	-	-	2	-	-	5	-	-	
Hepatitis C - Hépatite C		212	799	-	200	731	444	726	1686	1502	917	3485	3852	-	20	60	6	25	24	-	2	
Hepatitis non-A, non-B - Hépatite non-A, non-B		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Legionellosis - Legionellose	482.41	-	-	-	1	5	-	2	5	5	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	
Leprosy - Lèpre	030	-	-	1	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Listeriosis (all types) - Listériose (tous genres)	027.0,771.22*	-	1	-	-	6	5	6	8	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Malaria - Paludisme	084	1	6	6	-	1	2	9	22	26	10	31	30	-	-	-	-	1	1	-	-	
Measles - Rougeole	055	-	1	-	1	1	2	-	-	1	6	11	2	-	-	1	-	-	-	-	-	
Meningitis, pneumococcal - Méningite à pneumocoques	320.1	2	4	5	-	3	3	20	30	9	-	-	8	-	-	-	-	-	5	-	-	
Meningitis, other bacterial - Autres méningites bactériennes (3,4)		2	2	-	3	6	3	9	18	19	1	10	-	-	-	-	-	1	2	-	-	
Meningitis/Encephalitis viral - Méningite/encéphalite virale (5)		12	18	111	2	7	58	19	44	110	1	6	19	-	-	-	-	-	1	-	-	
Meningococcal Infections - Infections à méningocoques	036	1	4	5	1	3	2	2	15	14	2	13	2	-	-	1	-	-	1	-	-	
Mumps - Oreillons	072	1	1	-	4	9	11	2	5	16	4	14	12	-	-	1	-	-	-	-	-	
Paratyphoid - Paratyphoïde	002.1-002.9	-	-	1	-	-	-	3	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Pertussis - Coqueluche	033	37	125	230	348	992	179	221	505	332	104	265	196	-	-	-	40	77	2	6	7	
Plague - Peste	020	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Poliomyelitis - Poliomyélite	045	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Rabies - Rage	071	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Rubella - Rubéole	056	-	-	20	1	2	-	-	10	24	-	1	3	-	-	-	1	1	-	-	-	
Congenital Rubella - Rubéole congénitale	771.0	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Salmonellosis - Salmonellose (6)	003	90	185	147	66	208	175	236	495	432	151	414	428	-	3	5	4	10	21	1	1	
Shigellosis - Shigellose	004	45	120	169	35	74	77	29	117	110	34	146	110	-	-	1	-	-	2	-	-	
Syphilis, Congenital - Syphilis, congénitale	090	-	-	-	-	-	-	-	2	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Syphilis, Early Latent - Syphilis, latente récente	092	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Syphilis, Early Symptomatic - Syphilis, symptomatique récente	091	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	27	109	-	-	-	-	-	-	-	-	
Syphilis, Other - Autres syphilis	090,092-097	-	-	-	-	-	-	-	11	21	40	49	-	-	-	1	-	-	-	-	-	
Tetanus - Tétanos	037	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Trichinosis - Trichinose	124	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	19	2	3	
Tuberculosis - Tuberculose	010-018	-	-	-	-	-	-	-	-	-	87	199	229	-	1	2	4	22	22	3	6	
Typhoid - Typhoïde	002.0	1	1	1	-	1	-	1	3	2	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	
Verotoxigenic E. coli - E. coli vérotoxigènes	008.01*	30	65	67	4	34	27	68	122	149	52	93	86	-	1	-	-	1	-	-	-	
Yellow Fever - Fièvre jaune	060	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

SYMBOLS

. Not reportable
.. Not available
_ No cases reported

SIGNES

. À déclaration non obligatoire
.. Non disponible
_ Aucun cas déclaré

SOURCE:

Division of Disease Surveillance
Laboratory Centre for Disease Control
Health Canada
Ottawa, Ontario K1A 0L2
Tel.: (613) 957-0334

SOURCE:

Division de surveillance des maladies
Laboratoire de lutte contre la maladie
Santé Canada
Ottawa (Ontario) K1A 0L2
Tél.: (613) 957-0334

+ Data for Nunavut for January to March 1999 is included as part of Northwest Territories and reported separately as of April 1, 1999; the cumulative total for Nunavut will therefore only include April to December 1999 data. Les données de janvier à mars 1999 pour le Nunavut font partie des données des Territoires du Nord-Ouest et sont déclarées séparément à partir du 1er avril 1999. Le total cumulatif pour le Nunavut ne comportera alors que les données d'avril à décembre 1999.

Continued from page 5

References

1. Gouvaert TME, Dinant GJ, Aretz et al. *The predictive value of influenza symptomology in elderly people.* Fam Pactice 1998;15:16-22.
2. De Wals P. *Évaluation d'une campagne d'information télévisée sur l'influenza.* Sherbrooke: Centre de recherche en gérontologie et gériatrie de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 1999

Source: *P De Wals, MD, Département des Sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke, Sherbrooke; M Douville-Fradet, MD, Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Québec; M Couillard, PhD, Laboratoire de santé publique du Québec, Montreal; D Bolduc, MD, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas St-Laurent, Rimouski; J Maziade, MD, Centre local des services communautaires de Québec, Québec; L Paré, RN, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, Beauceville; Y Robert, MD, Laboratoire de santé publique du Québec, Montreal; G Roy, MD, Centre de santé publique de Québec, Québec; L Valiquette, MD, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Montreal, Quebec.*

Suite de la page 5

Références

1. Gouvaert TME, Dinant GJ, Aretz et coll. *The predictive value of influenza symptomology in elderly people.* Fam Practice 1998;15:16-22.
2. De Wals P. *Évaluation d'une campagne d'information télévisée sur l'influenza.* Sherbrooke : Centre de recherche en gérontologie et gériatrie de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 1999.

Source : *D^r P De Wals, Département des Sciences de la santé communautaire, Université de Sherbrooke, Sherbrooke (Québec); D^re M Douville-Fradet, Direction de la protection de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Québec (Québec); M Couillard, PhD, Laboratoire de santé publique du Québec, Montréal (Québec); D^r D Bolduc, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas St-Laurent, Rimouski (Québec); D^r J Maziade, Centre local des services communautaires de Québec, Québec (Québec); L Paré, IA, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, Beauceville (Québec); D^r Y Robert, Laboratoire de santé publique du Québec, Montréal (Québec); D^r G Roy, Centre de santé publique de Québec, Québec (Québec); D^re Louise Valiquette, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Montréal (Québec).*

Our mission is to help the people of Canada maintain and improve their health.

Health Canada

The Canada Communicable Disease Report (CCDR) presents current information on infectious and other diseases for surveillance purposes and is available through subscription. Many of the articles contain preliminary information and further confirmation may be obtained from the sources quoted. Health Canada does not assume responsibility for accuracy or authenticity. Contributions are welcome (in the official language of your choice) from anyone working in the health field and will not preclude publication elsewhere.

Scientific Advisors	Dr. John Spika	(613) 957-4243
	Dr. Fraser Ashton	(613) 957-1329
Editor-in-Chief	Eleanor Paulson	(613) 957-1788
Assistant Editor	Nicole Beaudoin	(613) 957-0841
Desktop Publishing	Francine Boucher	

Submissions to the CCDR should be sent to the Editor-in-Chief, Laboratory Centre for Disease Control, Tunney's Pasture, Address Locator 0602C2, Ottawa, Ontario K1A 0L2.

To subscribe to this publication, please contact:

Canadian Medical Association	Tel. No.:	(613) 731-8610 Ext. 2307
Member Service Centre		or (888) 855-2555
1867Alta Vista Drive	FAX:	(613) 236-8864
Ottawa, ON Canada K1G 3Y6		

Annual subscription: $83.00 (plus applicable taxes) in Canada; $109 (U.S.) outside Canada.

© Minister of Health 1999
(On-line) ISSN 1481-8531
Publications Mail Agreement No. 1437887

This publication can also be accessed electronically via Internet using a Web browser at <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc>. It can also be accessed at any time from any fax machine using LCDC's FAX*link* Service by calling 1-613-941-3900.

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Santé Canada ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix); la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseillers scientifiques :	D^r John Spika	(613) 957-4243
	D^r Fraser Ashton	(613) 957-1329
Rédactrice en chef :	Eleanor Paulson	(613) 957-1788
Rédactrice adjointe :	Nicole Beaudoin	(613) 957-0841
Éditique :	Francine Boucher	

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, pré Tunney, Indice à l'adresse : 0602C2, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :

Association médicale canadienne	N^o de téléphone :	(613) 731-8610 Poste 2307
Centre des services aux membres		ou (888) 855-2555
1867 promenade Alta Vista	FAX :	(613) 236-8864
Ottawa (Ontario), Canada K1G 3Y6		

Abonnement annuel : 83 $ (et frais connexes) au Canada; 109 $ US à l'étranger.

© Ministre de la Santé 1999
(En direct) ISSN 1481-8531
Poste-publications n^o de la convention 1437887

On peut aussi avoir accès électroniquement à cette publication par Internet en utilisant un explorateur Web, à <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc>. On peut y accéder également d'un télécopieur, à toute heure, en utilisant le service FAX*link* du LLCM en composant le 1-613-941-3900.